

ANNÉE 1959

No

THÈSE

1010

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LECOINTE Gilbert, Georges, René

né le 1^{er} Janvier 1931 à CAEN (Calvados)

Présentée et soutenue publiquement le

1959

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES RAPPORTS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TUBERCULOSE
à propos d'une évaluation statistique sur 70 cas de
tuberculose pulmonaire masculine en milieu hospitalier

Président : M. Etienne BERNARD, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D I C I N E

(Diplôme d'Etat)

Par

LECOINIE Gilbert, Georges, René
né le 1er Janvier 1931 à CAEN (Calvados)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES RAPPORTS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TUBERCULOSE
à propos d'une évaluation statistique sur 70 CAS de
tuberculose pulmonaire masculine en milieu hospitalier.

Président : M. E. BERNARD, Professeur





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547118_0028

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T)
(Broussais)	GENNES (L. de)
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L)
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
(Lariboisière)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURLSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	LEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D)
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques obstétricales (Port-Royal)	N..
(Tarnier)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUD (L)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B)
Electrophysiologie médicale (chaire à t.pers.)	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (Chaire à T. pers.)	DEPARIS (M)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et Médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à t. Pers.)	MERKLEN (F.-P.)

Pathologie médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pharmacologie et matière médicale
Physiologie
Physiologie (chaire à t. pers.)
Physique médicale
Radiologie médicale
Technique chirurgicale
Thérapeutique

N..
GARCIN (R)
CHEYMOL (J)
BINET (L)
BARGETON (D)
DOGNON (A)
DESGREZ (H)
PATEL (J)
PROUET (G)

II. -- PROFESSEURS SANS CHAIRE.

PROFESSEURS AGREGES et MAITRES DE CONFERENCES-ACREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) (COUINAUD (C) (OLIVIER (G) (GAUTHIER-VILLARS ((Melle P) pr.s.ch. (BUSSET (F) (GOUYCOU (Ch) (ORCEL (L) (PAILLAS (J) (VOUREH (G) (NEVOT (A) pr.s.ch. (BAREIER (P) (CHRISTOL (D) (TOURNIER (P) (DESGREZ (F) pr.s.ch. (POLONOVSKI (J) m.conf. (SCHAFIRA (G) m.conf. (BOURLIER (F) m.conf. (DENOIX (P) (MATHE (G) (DUPERRAT (B) (LEDOUX-LEBARD (G) (TUCHMANN-DUPLESSIS (H) (BILSKY-EASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch. (MAROIS (M) (RACALOT (J) (CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch. (COPRE-HURST (Mme L.) (BASTIN (R) (DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch; (HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M) (ALBAHARY (C)

Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie
Parasitologie

Pathologie chirurgicale

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale

Pathologie médicale

DAVID (M)
DHERMELLE (F)
(GRANSON (A)
(HERNANDEZ (E)
(LEWIS (G)
(MOREN
(MUSSET (M)

ROBLY
(THOMER-LOZME (J))

BREGLAT (2)
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()

(
per. (C)
CHATELAIN (J.)
BARON (J.)
BINEF (J.P.)
G. BODIN (J.)
CHATELAIN (C.B.)
BOUDET (A.)
BOUDET (A.)
WILKEL (J.)
BIAHNO (J.)
GAILLARD (A.)
DUPRECE (G.)

BOYCE (G)
BOYCE (G)
BOYCE (G)
BOYCE (G)
BOYCE (G)
BOYCE (G)
BOYCE (G)

SCHNEIDER (J)
 (OLD) (G)
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()
 ()

BOGARD (H)
BOGARD (H)
BOGARD (H)
BRIGLIERE (H)
BRISSED (H)
BROCARD (H)
BUGE (H)
BUGE (H)
BUGE (H)
BUGE (H)

Pathologie médicale

Pédiatrie-puériculture

Pharmacologie

Physiologie

Physique médicale

Pneumo-phtisiologie

Psychiatrie

Psychiatrie infantile

Rhumatologie

Stomatologie

Thérapeutique

Urologie

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGENCE. CHARGES DE
COURS DE CLINIQUE ANNESE à titre permanent.

Clinique chirurgicale

Clinique médicale

Clinique médicale	(PERBAULT (M)
	(RAMEL (J)
	(THIERFERY (S)
Clinique neuro-rhumatologique	(TUREAT (J)
	SEZE (S. de)
	(CRUSSET (J)
	(LEPAGE (F)
Clinique obstétricale	(MAYER (L)
	(MERGER (J)
	(RAVIER (J)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P)
	(OFFRET (C)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDENOT (P) pr.s.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch

Secrétaire général de la Faculté	M. IENNA (J)
Secrétaires	Mme BERLAND (H) Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la	
Bibliothèque	M. le Dr HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G)
	QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui
seront présentées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approba-
tion ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur E. BERNARD

Professeur de clinique de Pneumo-Phtisiologie
Médecin de l'Hopital Laënnec

Qu'il me soit permis de le
remercier ici du grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant
la présidence de cette thèse

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Caen

A Monsieur le Professeur Agrégé J. LEMENAGER

Médecin du Centre Hospitalier Régional de Caen
Professeur de Clinique médicale

Qui nous suggéra le sujet de
cette thèse, nous permit d'utiliser les observations de son service et nous aida, par ses conseils dans cette étude.

Qu'il trouve ici, le témoignage
de notre respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES RAPPORTS DE L'ALCOOLISME ET DE LA TUBERCULOSE

A PROPOS D'UNE EVALUATION STATISTIQUE SUR 70 CAS

DE TUBERCULOSE PULMONAIRE MASCULINE EN MILIEU HOSPITALIER.

Douze ans après l'avènement d'antibiotiques nouveaux (Acide para-amino-salicylique, Streptomycine, Hydrazide isonicotinique) transformant les conditions de lutte contre la tuberculose, une constatation s'impose : si l'antibiothérapie a transformé le pronostic de la maladie pour les buveurs comme pour les autres, elle n'en laisse pas moins totalement demeurer le problème de l'aggravation de la phtisie par l'alcoolisme. Elle a réduit la mortalité, non la morbidité.

De nombreux travaux récents ont mis l'accent sur l'intérêt crucial de l'étude des rapports alcoolisme-tuberculose. L'Ecole de NANTES, en particulier, s'est attachée à cette question qui préoccupe aujourd'hui tous les phthisiologues hospitaliers et nombre de médecins de sanatorium, dominée par cette notion devenue classique de la gravité, voire de l'incurabilité de la tuberculose pulmonaire chez les alcooliques.

Notre propos dans ce travail sera :

- 1°- de rappeler par un bref historique l'évolution des idées sur les rapports de l'alcoolisme et de la tuberculose.
- 2°- d'évoquer la position actuelle du problème.
- 3°- d'apporter quelques remarques sur la physionomie imposée par l'éthylisme à la tuberculose pulmonaire, telle qu'elle nous a été révélée par l'étude de 70 dossiers dans un service hospitalier (Service de Pneumo-phtisiologie du Professeur Agrégé J.LEMENAGER au centre hospitalier régional de CAEN).

o
o o

1°- HISTORIQUE -

LANDOUZY et HAYEM, à la fin du siècle dernier, dénoncèrent les premiers, le rôle aggravant de l'éthylisme dans l'éclosion de la tuberculose.

"L'alcool fait le lit de la tuberculose" proclama LANDOUZY ; HAYEM ajouta "La phtisie se prend sur le zinc".

Ces aphorismes classiques furent souvent mis en doute, les preuves scientifiques, ou plutôt celles que l'on considérait alors comme telles, n'étant pas décisives.

On rechercha tout d'abord des preuves expérimentales de l'influence de l'alcool sur la tuberculose :

ROOS en 1901 - étudia la survie de deux lots de cobayes tuberculisés. A l'alimentation de l'un des deux lots d'animaux, il ajouta du vin. Il ne trouva pas de différence de survie entre les deux lots de cobayes.

GERVINO en 1902 - En ajoutant du vin à l'alimentation du lapin prétendit augmenter ainsi la résistance de l'animal à la tuberculose.

ACHARD et GAILLARD en 1905 - alcoolisèrent des cobayes par voie digestive, sous cutanée ou respiratoire (inhalations de vapeur d'alcool). Tous ces animaux furent tuberculisés soit avant, soit après l'alcoolisation. Ils conclurent que "l'intoxication éthylique précipite la marche de la tuberculose expérimentale".

LEGRAND - expérimentant sur le chien arriva aux mêmes conclusions.

La discordance de ce résultat ne permettait évidemment pas de trancher la question. Les cliniciens de leur côté, n'apportaient pas d'arguments décisifs, et, fondant leurs opinions sur des "impressions", restaient en complet désaccord.

La majorité, avec LANDOUZY, LANCEREAUX, HAYEM, MARTAN, affirmait que la tuberculose est plus fréquente et plus grave chez les alcooliques que chez les autres malades.

Les autres, avec RISF, soutenaient au contraire que la tuberculose des alcooliques se signalait par une allure torpide.

Ainsi MARTAN pense-t-il que "la phthisie acquise chez l'ouvrier des villes qui a atteint l'âge mûr serait presque toujours due à l'alcoolisme".

E. RISF en 1920 résume cette opinion. Pour lui elle ne repose sur rien de précis et ne représente "qu'un de ces sophismes néfastes dont la propagation ne pouvait servir qu'à paralyser toute initiative individuelle et à justifier une politique gouvernementale d'abdication et d'inertie". Non seulement RISF ne veut pas admettre le rôle néfaste de l'alcool, mais il proclame que celui-ci favoriserait la cicatrisation des lésions.

En 1939 Mme POUZIN-MALEQUE (18) écrit "qu'il est à peu près impossible de guérir un tuberculeux alcoolique" et insiste sur la fréquence des rechutes chez cette catégorie de malades. "Dans un service d'hommes tuberculeux, il est difficile de ne pas voir une relation entre l'alcoolisme et la tuberculose" ajoute-t-elle.

A. ROUSSEAU (30) la même année, explique le rôle de l'alcoolisme dans la tuberculose par la déchéance morale, intellectuelle et financière qu'il entraîne.

En 1941 le Pr. FERRIN et Mme. GREAU-VIALLE (23) font remarquer que les tuberculoses tardives sont l'épave à leur tour exclusif des alcooliques.

L'année suivante, le Pr. FERRIN fonde le premier organisme français de lutte anti-alcoolique : le "Groupement Médical d'Etudes sur l'Alcoolisme".

En 1946, le Pr. FERRIN et SICARD de FLAUCILLIS (24) concluent que l'alcoolisme est un facteur d'éclosion, de chronicité, de dissémination de la tuberculose.

En 1952, DUPONT (12) dans sa thèse explique que la raison majeure des échecs thérapeutiques chez le tuberculeux alcoolique est à rechercher dans l'indiscipline dont il fait preuve

En 1953, J. NAPPEE, R. FESSIER, et Mme DELORME (20) constatent chez les alcooliques "dans 62,5 % des cas, l'absence totale d'amélioration radiologique malgré les cures prolongées et intensives d'antibiotiques". Ils remarquent que "dans la majorité des cas, ces malades restent porteurs de lésions importantes chroniques, et ne guérissent pas."

L'apparition des techniques statistiques modernes permet de prouver scientifiquement pour la première fois la véracité des aphorismes du siècle dernier.

Rien qu'ARNOULD en 1925, 1932, 1949, 1951, 1954, (2) (3) dans des statistiques reproduisant pour la plupart des séries chronologiques étudiant l'évolution des mortalités par tuberculose et par alcoolisme pendant une certaine période, ait conclu à l'absence totale de parallélisme dans la fréquence de la tuberculose et de l'alcoolisme; et bien que WINE se soit rangé en 1951 à son avis (4), INOCK, ROCH, SULLY LEDERMANN affirment tout à tout l'influence de l'alcoolisme sur l'éclosion de la tuberculose.

Depuis 1952 Sully LEDERMANN, (14) (15) (16), à l'Institut National d'Etudes Démographiques réfute les conclusions d'ARNOULD quant à l'interprétation de ses séries chronologiques sur l'évolution des mortalités par tuberculose et par alcoolisme.

Selon lui, l'absence de parallélisme entre les courbes invoquées par ARNOULD, ne permet absolument pas de conclure à l'absence de liaison entre les deux mortalités.

Il montre la nécessité de dissocier les courbes en ses deux composantes : Mouvements à long terme (pente de la courbe) et Mouvements à court terme (accidents de la courbe) avant de comparer les séries chronologiques.

Déniant toute valeur aux mouvements à long terme dans les conclusions en ce qui concerne la relation entre les phénomènes, il n'attache d'importance qu'aux ressemblances existant entre les mouvements à court terme pour prouver cette relation. Les mouvements à long terme des mortalités par tuberculose et par alcoolisme, en sens contraire, représentent l'amélioration des thérapeutiques.

Par l'étude des covariations, LEDERMAN met en évidence une relation très nette entre la mortalité par tuberculose pulmonaire et l'alcoolisation. Il établit une liaison entre la surmortalité masculine et l'alcoolisation excessive. Au dessus de 35 ans l'alcool est responsable de 75 % de la surmortalité masculine. Entre 35 et 50 ans, plus de la moitié des décès par tuberculose lui est due.

L'indice de la mortalité de l'homme adulte en France est de 276. Hors alcoolisme, cet indice tombe à 122. Il est alors à peu près comparable au même indice relevé en Hollande : 120. Dans ce pays, la consommation annuelle atteignait, avant guerre, 2,5 litres d'alcool pur par adulte, alors que la consommation française se situait à 32 litres.

Malgré l'éloquence de ces chiffres, ces travaux n'ont pas encore l'adhésion générale.

En 1955 G. DELEAU (10) (36) Dans un rapport au conseil économique, réfute les conclusions de Sully LEDERMAN. Seuls deviendraient alcooliques, selon lui, ceux qui font l'objet d'un déséquilibre antérieur. Le rôle de l'alcool dans l'évolution de la tuberculose serait très modéré, ainsi d'ailleurs que dans l'étiologie des cirrhoses hépatiques et des déséquilibres psychiques.

Le 11. BRIN (31) (32) et ses collaborateurs de NANIES, dans des études portant sur quatre ans d'observation, confirment le rôle favorisant et aggravant de l'alcoolisme chez les tuberculeux.

2° -- ETAT ACTUEL DU PROBLEME --

FREQUENCE DE L'ETHYLISME CHEZ LES TUBERCULEUX.

La proportion élevée d'éthyliques chez les tuberculeux a été rappelée récemment par le Pr. VERAN (33) et précisée dans un travail de J. PICON et J. LIGNARDOFF (26)

Selon ces auteurs, les statistiques donnent les proportions suivantes :

- 95 % d'éthyliques pour JACQUEL dans un service temporaire de baraques des Hopitaux de Paris.
- 80 % pour LÉFOLLE à l'hôpital Boucicaut en 1901.
- 83 % pour COURMONI à l'Hôpital Saint Pothin en 1908
- 80 % pour GSELL dans son service de Zurich en 1941.
- 70 % pour ROCH de Genève.
- 70 % chez les hommes, et 20 % chez les femmes pour le Pr. VERAN dans son service de Nantes en 1958.
- 67 % chez les hommes pour le Pr. PERRIN et CORBAN en 1948, au centre hospitalier de Nantes.
- 58 % pour PEQUIGNOT.
- 41 % pour GUICHARD et PERRIER à l'Hôpital du Perron à Lyon pour les six années précédant la dernière guerre.

J. PICON et J. LIGNARDOFF (26) indiquent pour le Centre Départemental de Phtisiologie du Jura une proportion moindre : 31 % chez les hommes, 8 % chez les femmes.

H. BOUR (5), de son côté a rapporté une statistique de LAVARENNE qui comptait 20 % d'alcooliques chez les tuberculeux.

Ainsi, selon la plupart de ces statistiques, les trois quarts des tuberculeux sont éthyliques.

REPARTITION DE L'ETHYLISME CHEZ LES TUBERCULEUX.

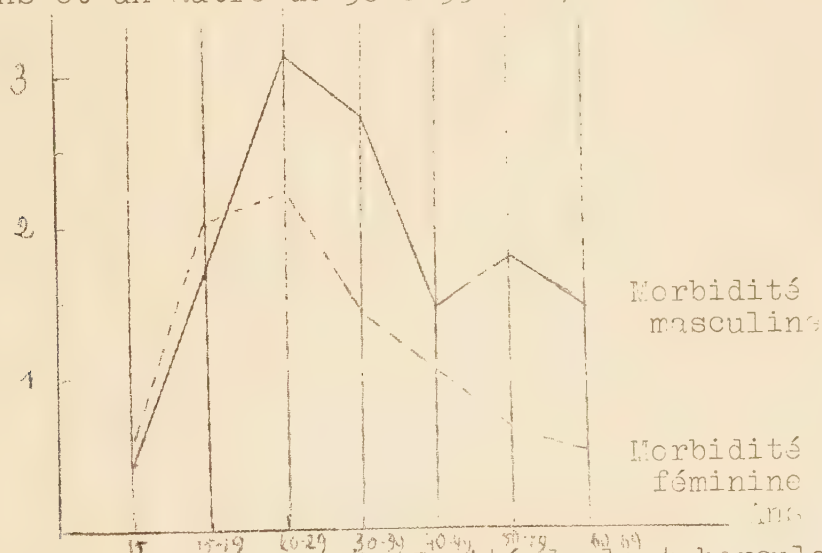
SELON L'AGE DES MALADES :

Une réalité d'observation faisait déjà remonter à MARFAN que "la phtisie acquise chez l'ouvrier des villes qui a atteint l'âge mûr serait presque toujours due à l'alcoolisme".

A sa suite, de nombreux auteurs ont insisté sur le fait que passé l'âge de 35 ans, l'alcoolisme est le responsable majeur de la tuberculose pulmonaire.

Selon LEDERMANN, entre les deux guerres, deux décès sur trois par tuberculose chez les hommes de 35 à 50 ans en France, ont relevé d'une association tuberculose-alcoolisme.

La courbe établie par l'Institut National d'Hygiène des variations de la morbidité tuberculeuse selon le sexe et l'âge, est chez l'homme du type bimodal, avec un maximum de 20 à 29 ans et un autre de 50 à 59 ans.



(Graphique extrait du Traité de la tuberculose pulmonaire et pleurale" de P. BOURGEOIS.) (6)

R. VOISIN, M. WARNERY et CORRIOL (36) (37) reprenant l'étude d'une courbe semblable, la dissocient en deux constituants :

1^o - Age des éthyliques

2^o - Age des non éthyliques.

Ils font ainsi apparaître le rôle de l'alcoolisme avec évidence : la courbe bimodale est la résultante de deux distributions unimodales mélangées, celle présentant un maximum à 50 ans exprimant le rôle joué par l'alcoolisme dans l'éclosion de nouveaux cas de tuberculose.

Ils en concluent que "passé l'âge phthisiogène, l'alcoolisme est le responsable majeur de la plupart des cas de tuberculose pulmonaire". "La tuberculose des alcooliques prédomine chez les gens d'âge mûr".

Le Pr. Etienne BERNARD (33) remarque que les trois quarts des tuberculeux contagieux sont des hommes de plus de 50 ans.

SELON LA PROFESSION DES MALADES :

Pour VOISIN, WARNERY et CORRIOL, le taux des malades devenus tuberculeux parcequ'alcooliques est directement proportionnel au taux d'alcoolisation des divers groupes sociaux ; or, l'alcoolisation est d'autant plus élevée que le niveau de vie est plus bas.

La grande majorité des tuberculeux alcooliques est donc constituée de manoeuvres, d'ouvriers non qualifiés ou semi-qualifiés : petit personnel des différentes industries, ouvriers du bâtiment, ouvriers agricoles, viticulteurs Un autre groupe est fourni par les barmen, les garçons de café et de restaurant, les hôteliers et aubergistes, les ouvriers de fabrique de boissons alcooliques, les bouilleurs de crû.

SELON LA SITUATION FAMILIALE DES MALADES :

La majorité des tuberculeux alcooliques est fournie par des gens mariés. VOISIN, WARNERY et CORRIOL (36) (37) soulignent ce fait par des chiffres éloquents :

Pour 100 malades célibataires non alcooliques passant dans leur service, il en passe 56,3 alcooliques.

Pour 100 malades mariés non alcooliques, il en passe 106 alcooliques.

LES SOURCES DE L'ALCOOL.

Le vin est la source principale (70 %). Suivant les régions, le cidre, les alcools distillés, les apéritifs apportent le complément : "Calvados" dans l'Ouest, apéritifs anisés dans le Midi de la France

Pour n'être pas nocive, la dose journalière d'alcool. répartie au moins en deux absorptions éloignées de six heures ne doit pas dépasser 1 gramme par kilog de poids.

Cette dose quotidienne limite est donc d'environ trois quarts de litre de vin à 10°, ou deux tiers de litre de vin à 12°.

Le cidre titrant 5° environ, la dose journalière ne doit pas dépasser un litre et demi,

L'ETHYLISME FACTEUR D'ECLOSION DE LA TUBERCULOSE.

La fréquence de cette association morbide reconnaît divers facteurs, directs ou indirects.

L'alcool, en provoquant la chute du taux des anticorps, la baisse du pouvoir coagulable du sérum, en diminuant le taux de l'alexine par atteinte hépatique, comme l'ont constaté MEERSMANN et PERROT (38), favorise le terrain devant la tuberculose. Une véritable condition d'"anergie" se trouverait ainsi réalisée, expliquant la "tendance à l'anergie hépatique" de FIESSINGER et BRODIN, qui, en 1912, contenaient que la grande insuffisance hépatique faisait disparaître l'allergie cutanée à la tuberculine, ce qui ne fut pas vérifié ultérieurement.

On connaît la fréquence de la tuberculose chez les ulcéreux, le rôle favorisant des gastrites éthyliques, des affections hépatiques et des infections alcooliques, le rôle phthisiogène des affections alcooliques.

CAVALIE (3) signale ainsi trois fois plus de gastrites cent fois plus d'affections hépato-vésiculaires, chez les éthyliques que chez les non intoxiqués dans une étude portant sur 1.600 ouvriers.

De leur côté, VOISIN, WARNERY et CORRIOL (36) signalent :

- 8,4 % de gastrites chez les éthyliques tuberculeux contre 3,4 % chez les autres malades.
- 11,1% d'affections hépato-biliaires chez les éthyliques tuberculeux contre 1,7 % chez les autres malades.

Ils soulignent également le nombre important d'ulcus gastriques dans les antécédents de leurs malades (9,2%) et le pourcentage énorme (20 %) des cas où, chez les gastrectomisés, la révélation de la tuberculose a suivi la gastrectomie ; les pourcentages de gastrectomisés chez les tuberculeux éthyliques et chez les autres étant par ailleurs comparables (6,8%) contre 6%).

A ce propos le Pr. VERAN (33) souligne le pourcentage considérable (11%) des phtisiques gastrectomisés de son service. La perfusion intestinale directe, l'insuffisance hépatique globale sont invoquées par cet auteur pour expliquer chez ces derniers le terrain biologique favorisant l'éclosion de la tuberculose.

Les perturbations métaboliques créées par l'éthylisme ont fait l'objet des travaux de G. LAROCHE et TREPOLIÈRES; Chez le sujet normal, l'alcool n'est utilisé que pour le métabolisme basal et en faible quantité. Il ne peut servir d'apport ni pour le travail musculaire ni pour le mécanisme thermo-régulateur. Par ailleurs il ne peut pas être mis en réserve. Un mécanisme enzymatique de défense entre en jeu pour détruire l'alcool en excès.

Il en va tout autrement chez l'alcoolique. Un manque d'enzymes de défense lui fait brûler une plus grande partie de l'alcool absorbé au détriment des équilibres des métabolismes, en particulier des équilibres vitaminiques. Il semble bien que la tuberculose frappe plus aisément l'éthylique en raison même de cette perturbation métabolique.

L'anergie, le rôle phtisiogène des affections digestives, les perturbations métaboliques constituent l'action directe de l'alcool sur l'organisme.

L'action indirecte est tout aussi importante; seule admise par RIST et par Léon BERNARD, c'est cette action indirecte que ROUSSEAU (30) décrit lorsqu'il explique le rôle phtisiogène de l'alcoolisme par la triple déchéance morale, intellectuelle et financière qu'il entraîne.

L'ETHYLISME FACTEUR DE GRAVITE DE LA TUBERCULOSE.

Parallèle à l'opinion de RIST suivant lequel l'alcool favoriserait la cicatrisation des lésions, une notion anciennement admise voulait que la phtisie des alcooliques débute fréquemment à bas bruit, et suive une évolution torpide vers la fibrose.

Il n'en est rien, et les statistiques du Pr. VERAN (31)(33) infirment totalement cette opinion. Il note le caractère habituellement bruyant des débuts, l'évolution ulcérocaséuse étant pratiquement la règle.

Dans ses statistiques portant sur 80 % de cas récents il note 80 % de formes ulcéro-nodulaires, soit 75 % de formes moyennement ou très étendues, 5 % de formes peu étendues; 8% de formes minimales et 12% de formes aiguës.

Dans la plupart des cas (80 %) l'état général était très altéré, avec perte importante de poids, expectoration, fièvre et hémoptysies dans des proportions importantes.

Les lésions étaient le plus souvent bilatérales (76% des cas), généralement multicavitaires, avec essaimage nodulaire diffus, et parfois, dissémination broncho-pneumonique atteinte bronchique et laryngée. Tous les malades étaient bacillifères, presque toujours les B.K. étaient retrouvés à l'examen direct.

Le Pr. VERAN conclut "Il apparaît aujourd'hui que les tuberculoses caséuses très étendues s'observent presque exclusivement chez les alcooliques.

PITON et MIGNARDOT (26) de leur côté, dans une étude portant sur 87 cas donnent la proportion suivante :

- 26 % de formes bilatérales très étendues et incurables.
- 56 % de formes ulcéro-nodulaires communes à tendance évolutive.
- 10 % de formes minimales très localisées et facilement guéries.
- 8 % de formes fibreuses peu évolutives, mais étendues à un territoire pulmonaire important.

Exceptionnelles chez les tuberculeux non alcooliques, les tuberculoses évoluant en dépit de tout traitement "d'une seule tenue " vers la mort selon le terme du Pr. E. BERNARD, sont l'apanage des tuberculeux alcooliques. Le sevrage complet dès le début du traitement n'a aucune influence sur l'évolution de ces formes. Les perturbations métaboliques dues à l'éthylisme sont certainement à l'origine de cette évolution sans rémission. Ces formes fatales ont généralement un début débutant avec altération très sévère de l'état général, fièvre, lésions récentes très étendues multicavitaires.

L'ETHYLISME FACTEUR DE RECHUTES.

Le rôle capital de l'alcoolisme dans la genèse des rechutes est unanimement reconnue.

Le Pr. BARRIERE et CHOUBRAC (33) trouvent 40 % de tuberculeux chroniques à poussées successives et 52 % d'alcooliques parmi 138 malades traités de façon incohérente.

Dans le service du Pr. VERAN (33) la moitié des lits est occupée par des phthisiques chroniques dont l'ancienneté dans la maladie remonte à plus de deux ans dans 25 % des cas. 60 % des tuberculeux chroniques invétérés ont déjà fréquenté plusieurs services hospitaliers ou sanatoriaux.

Le Pr. VERAN, Mme LUCAS et MOIGNELEAU (31) (32) trouvent 33 % de rechutes chez les alcooliques invétérés pour 13 % seulement chez les sujets non alcooliques. Tous avaient été sevrés d'alcool pendant la période de traitement. Tous les alcooliques qui rechutèrent étaient retombés dans leur vice après leur sortie de l'établissement de soins.

Selon l'estimation de ces auteurs, les rechutes chez les éthyliques présentent des caractères particuliers, s'opposant aux rechutes des sujets non tarés.

Chez ces derniers, elles apparaissent généralement avant 25 ans ; évoluant à bas bruit, elles sont fréquemment unicavitaires, unilatérales. L'infiltration nodulaire est peu étendue, il n'y a pas de lésion bronchique d'accompagnement. Ces rechutes sont généralement bénignes.

Les rechutes des tuberculeux éthyliques sont tout autres : apparaissent généralement entre 40 et 50 ans, elles débutent bruyamment avec des signes généraux et fonctionnels importants. Ces rechutes se font le plus souvent "in situ" au tiers supérieur des poumons, elles sont fréquemment multicavitaires. L'infiltration nodulaire est étendue, les lésions bronchiques d'accompagnement sont fréquentes. Les résultats thérapeutiques sont décevants.

Ainsi l'alcoolisme accroît la fréquence et aggrave considérablement le pronostic des rechutes.

LES OBSTACLES AU TRAITEMENT CREES PAR L'ALCOOLISME.

L'ETHYLISME FACTEUR D'INTOLERANCE THERAPEUTIQUE :

Le Pr. VERAN note que la Streptomycine est bien supportée par les éthyliques, bien que donnée chez ceux-ci d'une activité moindre (33). Le P.A.S. est bien souvent mal supporté ; les gastritiques s'accommodent mal de la voie buccale et les perfusions ne sont pas toujours bien tolérées (douleurs gastriques, troubles intestinaux, poussées fébriles).

L'alcoolisme intervient dans le déterminisme des troubles nerveux dûs à l'isoniazide. Ces troubles nerveux sont le plus souvent de type périphérique, réalisant des polynévrites plus sensibles que motrices et touchant les quatre membres selon une topographie très spéciale "en chaussette" et "en gant". Ces accidents nerveux peuvent être de type central : délirés, et surtout crises comitiales. Le Pr. VERAN (33) MORELLI. DESPIERRES, (26) ont attiré l'attention sur ces accidents encéphaliques. Le Pr. VERAN préconise l'adjonction de gardénal, et, s'il le faut, de dihydantoïnate de soude au traitement par l'I.N.H. chez les malades présentant des antécédents d'épilepsie. Des phénomènes d'intolérance digestive apparaissent fréquemment chez les gastriques éthyliques. PITON et MIGNARDOT (26) signalent l'incompatibilité qui existe entre la glyconiazide et le vin dont l'absorption entraîne un malaise général et des troubles digestifs.

La cyclosérine ne provoque pas, selon le Pr. VERAN d'intolérance particulière chez les éthyliques. Cependant, la plupart des auteurs signalent une prédisposition très nette à l'intolérance nerveuse chez ceux-ci. Cette intolérance peut se traduire soit par une crise d'épilepsie (généralisée le plus souvent) lorsqu'un état antérieur y prédispose, soit par des troubles neuro-psychiques : céphalées, agitation ou logorrhée, tendances agressives ou dépression, vertiges, myoclonies, tremblement. Cette intolérance des éthyliques impose une grande méfiance avant de prescrire la cyclosérine chez ces sujets. Certains auteurs déclarent qu'une cure prudente, sous conditions d'une surveillance stricte et d'un régime tempérant, en milieu hospitalier ou sanatorial pourrait être tentée. La vitamine B₆, le pantothénate de calcium diminuent le risque d'intolérance nerveuse. La prescription conjointe à la cyclosérine de médicaments sédatifs, barbituriques ou tranquillisants est conseillée par le Pr. E. BERNARD.

L'utilisation de la cortisone et de ses dérivés offre des risques d'aggravation de la tuberculose, de perforation pleuro-bronchique. La plupart des auteurs admettent l'intolérance des alcooliques au pneumothorax (risque de pleurésie) au pneumopéritoine (troubles digestifs) et aux interventions chirurgicales.

L'OBSTACLE MAJEUR AU TRAITEMENT :

LE COMPORTEMENT ABERRANT DE L'ETHYLIQUE.

Les manifestations bruyantes de l'éthylisme aigu (dont la fréquence reflète l'impossibilité actuelle d'empêcher la pénétration d'alcool dans les services hospitaliers),

les psychopathies alcooliques chroniques (bouffées délirantes, psychoses polynévritiques, démence alcoolique) sont autant d'obstacles au traitement.

L'obstacle majeur est constitué par le comportement aberrant, dû à la névrose alcoolique, dont font preuve bon nombre de tuberculeux éthyliques. Le rôle de cette névrose éthylique est évalué par FOUQUET à 40 % des cas pour les hommes et 80 % pour les femmes.

Les malades qui en sont affligés n'acceptent pas la discipline de traitement nécessaire à leur guérison. Anxieux, susceptibles, irritables, agressifs, hostiles à tout ce qui représente l'autorité, ils refusent plus ou moins ouvertement de se soumettre aux cures. Il est bien difficile de leur imposer le repos au lit, de les empêcher de franchir clandestinement les limites de l'établissement. Les fouilles effectuées dans les armoires de ces malades font retrouver, près des bouteilles révélatrices, les médicaments qui auraient dû être pris plusieurs jours auparavant.

Les notions de devoir, d'honnêteté n'ont plus pour eux qu'un sens très restreint. Les réflexions et les réprimandes que leur comportement leur vaut n'amènent chez ces sujets aucune réaction salutaire: bien au contraire, ils s'emportent, criant à l'injustice, ou s'enferment un peu plus dans leur hostilité, exigeant parfois leur sortie immédiate de l'établissement malgré l'avis médical.

Ce comportement est nuisible à l'évolution de la tuberculose de l'éthylique. Il est également dangereux par l'influence qu'il peut avoir sur les autres malades de la collectivité. Les décisions du médecin, le service, la nourriture, la discipline, tout est sujet à critique pour ces "rebelles" qui tentent de faire partager leurs opinions à leur entourage. Quelques meneurs qui s'imposent, suffisent pour "intoxiquer" un service dans lequel on n'a pas pris la précaution de séparer les éthyliques de ceux qui ne le sont pas. Ceux-ci, désœuvrés, stagnant dans la collectivité, risquent d'être une proie facile du contagion alcoolique.

Une proportion importante de sorties contre avis médical, par évasion ou par mesure disciplinaire, se retrouve dans les différents services où elles ont été étudiées.

Au sanatorium de Petit Arbois, VOISIN, WARNERY, et CIRRIK (36) relèvent 43,9 % de sorties irrégulières chez les tuberculeux alcooliques pour la plupart mariés, pour seulement 28,8 % de tuberculeux non alcooliques.

Ils estiment également que 23,2 % seulement des malades mariés quittent l'établissement en fin de cure. Dans leur statistique, les revendeurs éthyliques ont séjourné en moyenne dans plus de 5 établissements (5,3) alors que pour l'ensemble des malades, la moyenne d'établissement aux environs de 3 (3,1)

G. ROCHER (29) (36) affirme que moins du tiers des alcooliques arrive à accomplir un séjour normal en sanatorium

Le Pr. VERAN (33), sur un ensemble de 400 malades a observé 30 % de sorties volontaires sur 240 alcooliques, 7 % seulement sur 180 malades non alcooliques.

Espérant du sevrage d'alcool et d'un traitement continu, des résultats thérapeutiques comparables à ceux obtenus chez les autres tuberculeux, le Pr. VERAN s'est attaché à ce problème durant quatre ans avec Mme LUCAS (31) Parmi les nombreux malades qui ont passé dans leur service pendant cette période, ils n'ont pu retenir que 75 cas de tuberculeux alcooliques de bonne volonté, sevrés et traités correctement

Les résultats furent décevants dans l'ensemble : 37 % des malades conservant des cavités irréductibles, la moitié seulement des cas présentant une amélioration radiologique importante, la négativation de l'expectoration n'ayant lieu que dans 75 % des cas, après un long délai dépassant souvent 14 mois. Le Pr. VERAN remarque le nombre élevé de décès, d'évolutions d'une seule tenue et de rechutes.

o
o o

Or, cette catégorie de tuberculeux éthyliques de bonne volonté n'est qu'une minorité. Quelle est la situation du plus grand nombre, celle de ceux qui n'ont plus la "liberté de s'abstenir de l'alcool" (FOUQUEI), et qui, victimes de leur comportement aberrant, passent d'un établissement dans l'autre pour des séjours "à éclipses" (Pr. VERAN) multiples

Les cures discontinues dont ils bénéficient dans les services hospitaliers entraînent une résistance du B.K. à l'antibiose. Ces malades jouissent depuis l'avènement des antibiotiques d'une survie prolongée et ils encombre les services où ils sont cause de désordre.

Lors de leurs sorties irrégulières, ils sont dangeureux en tant qu'agents disséminateurs, par le rāsque de contamination auquel ils exposent leur milieu familial.

Pour CUVIER (30) (36), un assuré social tuberculeux sur deux, seulement, est traité en établissement de soins. Il note que la contamination est importante chez leurs enfants.

LOWYS et BOURCHATON (29) (36) remarquent qu'un tiers des parents contaminateurs vit toujours en famille.

Les conséquences sociales qui en découlent sont désastreuses.

3° - ETUDE STATISTIQUE SUR 70 HOMMES
HOSPITALISÉS POUR TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Le Pr. VERAN et ses collaborateurs ont révélé les effets très limités et bien décevants d'une thérapeutique anti-tuberculeuse correctement appliquée, qui est rarement possible chez les sujets alcooliques.

Nous aborderons ce problème dans la perspective d'un autre lot de malades, malheureusement trop nombreux dans notre service, celui de tuberculeux alcooliques incorrectement traités, malgré le tour grave que leur intoxication confère à la maladie, en raison de l'impossibilité actuelle de leur imposer la discipline et la continuité de soins qui, seules, permettraient une cure efficace.

CONDITIONS D'OBSERVATION - CRITERES ADMIS.

Le présent travail n'a d'autre but que d'étudier sur une tranche du service de phthisiologie du Centre Hospitalier Régional de CAEN, à la façon d'un "instantané", la répartition des alcooliques parmi les hommes tuberculeux, présents dans ce service, à une date donnée, en l'occurrence le 15 Septembre 1959.

Nous nous sommes bornés à cette estimation statistique sur les seuls hommes de ce service de phthisiologie dont l'effectif total à ce jour était de 70. Remarquons à ce propos que le service féminin, moins étendu, groupait une proportion très inférieure de femmes tuberculeuses (12 seulement à cette date sur 24 lits d'hospitalisation) et que cette rareté relative de la tuberculose féminine en milieu hospitalier a pu être rapprochée de la fréquence moindre de l'alcoolisme chez la femme.

Les critères d'alcoolisme que nous avons retenus pour dépister l'intoxication chez ces 70 tuberculeux reposent sur les données classiques.

Selon l'abondance de ces critères, variables selon les sujets, nous reconnaissons schématiquement deux degrés dans l'intoxication éthylique :

- une catégorie n° I groupe les grands alcooliques ayant présenté :

- soit un ou plusieurs épisodes de délirium ayant nécessité le séjour en établissement psychiatrique ou hospitalier.
 - soit à défaut de ceux-ci, l'addition de deux stigmates évidents au moins, l'un d'ordre nerveux l'autre, d'ordre hépato-digestif, de l'intoxication alcoolique.
 - Il a été fréquent parmi les grands éthyliques de cette catégorie de retrouver la notion de plusieurs épisodes aigus, ayant entraîné une situation délicate et des sanctions d'exclusion, soit dans la vie professionnelle, soit à l'occasion de séjours hospitaliers ou sanctoriaux antérieurs.
- une autre fraction de nos éthyliques a été classée dans une deuxième catégorie, répondant à un degré moins avancé dans l'intoxication, mais offrant cependant au moins un critère de certitude.
- Le plus souvent, il s'agissait d'un groupement de signes nerveux : comportement de l'individu, ses réactions, sa loquacité, existence d'un tremblement, de cauchemars, de signes de la série polynévritique.
 - Plus rarement, un groupement de troubles hépato-digestifs indiscutablement lié à l'excès d'alcool apportait le témoignage nécessaire (anorexie, ictères, hématurie, hémorroïdes, et signes prémonitoires d'une cirrhose)

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre de ces deux catégories, nous avons retrouvé avec constance par un interrogatoire précis, la notion d'une consommation quotidienne dépassant largement une quantité équivalente à un litre de vin à 10°, conditions requises aujourd'hui pour parler d'intoxication éthylique alimentaire. La consommation alcoolique de nos malades de l'une et l'autre catégorie, se situait toujours largement au dessus de ce seuil. Malgré les conditions régionales de leur imprégnation, même lorsque la consommation de cidre (pratiquement toujours renouvelée) dépassait

un à deux litres par jour, nous retrouvions en proportions variables, un complément d'apport par le vin, dépassant toujours un minimum d'un demi-litre par vingt quatre heures.

Rappelons qu'il s'agit là d'un seul, qui nous est apparu toujours très largement dépassé chez la totalité de nos malades.

La part des apéritifs nous est apparue peu importante ne jouant sur les sujets de cette condition sociale qu'un rôle d'appoint certainement moindre que celui de l'eau de-vie introduite le plus souvent par le café.

Telles étaient les conditions d'intoxication retrouvées chez les malades dans l'une et l'autre des deux catégories ci-dessus définies.

REPARTITION DES MALADES.

Le partage en fonction de ces critères s'établit de la façon suivante :

- 26 malades sont des alcooliques de la première catégorie
- 24 " " " " " " seconde "
- 20 malades se sont avérés exempts d'intoxication éthylique définie dans les termes ci-dessus.

En d'autres termes, 70 % des hommes occupant nos lits de tuberculeux présentent des critères d'éthylisme avéré, très accentués chez la moitié d'entre eux, moins accentués chez l'autre moitié.

Deux remarques s'imposent à ce propos :

1°)- Ce taux de 70 % d'éthyliques sur une population hospitalière d'hommes tuberculeux répond aux statistiques généralement données à ce jour, les chiffres variant de 60 à 75 % environ selon les auteurs. Il apparaît donc que notre service de phtisiologie n'échappe pas à la règle commune.

2°)- Nous pouvions, cependant, nous demander si le très fort index d'alcoolisation de la population de notre département n'aurait pas une incidence particulière sur cette proportion, autrement dit, nous étions en droit d'attendre dans une province particulièrement entachée d'alcoolisme, une proportion dépassant les statistiques des autres régions. Il n'en est rien, notre chiffre s'accordant avec celui des autres observateurs.

Il est vrai que, en revanche notre population d'alcooliques se renouvelle par un apport constant et que seules des exclusions, malheureusement très fréquentes, nous empêchent de dépasser un chiffre limite d'environ 70 %. En l'absence de ces exclusions, et aussi de départs spontanément décidés, notre service serait très rapidement voué à être peuplé quasi exclusivement d'éthyliques....

Quel est le taux d'alcoolisme dans notre région, hors du milieu hospitalier ?

Une confrontation nous a semblé significative à cet égard : l'étude d'une collectivité masculine homogène, dans une entreprise métallurgique (la S.M.N.) conduite par des médecins du travail MM. BESANCON et ROBILIARD, à la recherche du taux d'alcoolisation de cette population ouvrière. Elle est estimée à 60 %.

Rappelons d'une part qu'il ne s'agit pas ici de malades hospitalisés mais de sujets au travail.

Notons d'autre part que ce chiffre ne repose pas sur les critères d'intoxication que nous avons admis, indices d'une imprégnation déjà plus profonde, mais sur les normes de consommation d'alcool établies par l'Institut National d'Hygiène (évalué, comme nous le citons plus haut, à un litre de vin à 10° par 24 heures).

Les mêmes auteurs ont évalué sur des critères d'intoxication le taux d'éthyliques avérés parmi les 107 tuberculeux pulmonaires issus de cette collectivité de 1953 à 1957, et l'ont trouvé de 25 %. La proportion de rechutes est de 42 % dans ce groupe, et seulement de 27 % chez les tuberculeux pulmonaires non buveurs.

Autre confrontation révélant des taux d'alcoolisation très différents, chez les tuberculeux pulmonaires hors du milieu hospitalier dans notre région : l'étude portant sur une tranche de 103 malades de la S.N.C.F. étudiée par le Dr. ARONDEL : 33 % de ceux-ci se sont révélés éthyliques ; mais ici l'estimation reposait sur des critères de consommation reconnus par interrogatoire. (Travail de la "Société Française de Médecine du Travail des Transports").

CARACTERES DE L'ALCOOLISME OBSERVES.

Ainsi que nous l'avons laissé entrevoir dans l'évocation de nos critères d'intoxication, les signes nerveux d'éthylisme ont représenté un élément quasi constant, fournissant le stigmate principal.

Nous avons noté 13 antécédents de délirium sur les 26 malades figurant dans la première catégorie dite de grands éthyliques. Ces épisodes de délirium ont été chez la plupart d'entre eux répétés et avaient nécessité déjà l'hospitalisation.

Deux de ces malades présentaient, en outre, une polynévrite des membres inférieurs, accompagnée chez l'un d'entre eux par une névrite optique.

Les signes digestifs, en particulier l'atteinte hépatique, se sont révélés assez fréquents sur un mode mineur (gros foie et surtout anorexie, troubles dyspeptiques, pituites hémorroïdes, etc.....), mais nous devons remarquer que le diagnostic de cirrhose n'a pu être évoqué cliniquement que dans un cas. Dans un autre cas, il a été posé par la laparoscopie, inspirée par des épreuves hépatiques particulièrement perturbées.

Rappelons à ce propos que le dosage de la prothrombine a été systématiquement effectué chez la totalité de nos malades, et que dans 16 cas sur 26 appartenant à la première catégorie, c'est à dire chez 60 % de ceux-ci, le taux de prothrombine était inférieur à 80 %. En voici le détail :

- chez 8 malades, le taux était inférieur à 65 %.
- chez 3 autres, il était inférieur à 75 %
- chez 5 autres, compris entre 75 et 80 %.

Nous devons remarquer la quasi constance de l'anorexie, variable au cours de l'hospitalisation, très souvent fréquente dans les premiers jours, mais très fréquemment aussi réveillée par les antibiotiques, en particulier le P.A.S. après six à huit semaines de traitement. Notons en revanche l'effet bénéfique des perfusions intra-veineuses d'Hydrolysats de Protéines, en associant les extraits hépatiques et la vitamine C, en association ou non avec la delta-cortisone, vis à vis de ces épisodes d'anorexie souvent passagers.

L'AGE DES MALADES.

Ici, encore, notre évaluation concorde entièrement avec les observations faites jusqu'à ce jour. L'âge moyen de nos malades masculins tuberculeux éthyliques dans l'une et l'autre de nos catégories se situe autour de 55 ans.

Nous retrouvons là, la notion dégagée par les travaux de WARNERY, qui explique par cette recrudescence de l'alcoolisme chez l'homme de la cinquantaine, le relèvement de la courbe de morbidité tuberculeuse dans le sexe masculin à cet âge. Cette moyenne de 55 ans dans le lot de nos éthyliques contraste avec un âge moyen de 39 ans dans le lot témoin de tuberculeux non alcoolisés.

LA PROFESSION DES MALADES.

La profession de nos malades, de recrutement hospitalier, était, malgré les variantes, assez homogène, concernant presque exclusivement des travailleurs manuels de plein air : trois manœuvres, deux maçons, un boiseur, un couvreur, quatre ouvriers agricoles, deux métallurgistes, un électricien, un retraité de l'E.D.F., un menuisier, un tanneur, un pêcheur, auxquels il faut ajouter deux vagabonds et seulement un employé de bureau.

LA SITUATION DE FAMILLE DES MALADES.

La situation de famille répondait chez nos malades aussi aux normes déjà indiquées. Il s'agissait dans la très grande majorité des cas d'hommes mariés, pères d'un ou plusieurs enfants : dix sept d'entre nos malades étaient mariés, deux divorcés, trois veufs, quatre célibataires.

LES CARACTERES DE LA TUBERCULOSE CHEZ NOS MALADES ALCOOLIQUES.

Notre étude fait apparaître la notion bien commune de la gravité de la tuberculose de l'alcoolique et son évolution prolongée, trop souvent rebelle au traitement. Sur notre fraction de 26 grands éthyliques, nous avons pu retenir les caractères suivants :

a)- l'étendue de la tuberculose et son caractère excavé :

- quinze cas de forme bi-latérale excavée (soit 60%).
- deux cas seulement de tuberculose unilatérale excavée l'une étendue, l'autre minime (8 %).
- huit cas d'étendue variable, s'accompagnant d'une insuffisance respiratoire importante avec forte participation fibreuse (32 %).
- un cas de tuberculose évolutive pulmonaire associée à une tuberculose rénale.

Sur ce nombre, deux épisodes évolutifs surviennent chez d'anciens opérés, l'un après sept ans, l'autre après huit ans;

La comparaison avec le lot témoin de tuberculeux non éthyliques fait apparaître chez ceux-ci :

- un cas seulement de lésions bilatérales excavées,
- douze tuberculoses purement nodulaires,
- une primo-infection,
- deux fibroux stabilisés,
- un malade hospitalisé pour bilan après lobectomie non évolutif,
- un cas pour bilan après thoracoplastie, lui aussi stabilisé,
- enfin, deux malades admis en vue d'une intervention l'une de pneumonectomie, l'autre de lobectomie.

b)- La présence de B.Y. était d'une particulière fréquence, puisque dans 80 % des cas (19 sujets sur 26), nous l'avons retrouvée.

Dans le lot de tuberculeux non éthyliques, nous n'enregistrons que 50 % d'expectorations bacillaires.

c)- Mais, il nous a paru singulièrement significatif d'enregistrer que les 80 % de tuberculeux bacillaires de cette catégorie d'éthyliques le demeurent après une durée moyenne de maladie de six ans et demi (6,44)

En voici le détail :

- Chez quatre d'entre eux, l'épisode initial de la tuberculose, déjà lointain, a été suivi d'une longue rémission, jusqu'à la rechute, donnant lieu à l'évolution actuelle.
Nous avons ainsi observé les délais suivants :

- une rechute après 26 ans, suivie d'une évolution d'une seule tenue de 4 ans.
- Une rechute après 12 ans, suivie d'une évolution d'une seule tenue de 11 ans.
- Une rechute après 15 ans, suivie d'une évolution d'une seule tenue de 5 ans.
- Une rechute après 10 ans, suivie d'une évolution d'une seule tenue de 8 ans.

- Parmi les 22 autres cas, tous ont présenté une évolution d'une seule tenue, dès l'accident initial de leur tuberculose pulmonaire :

- l'un durant 10 années consécutives,
- trois d'entre eux durant 8 ans,
- trois " " " 7 "
- trois " " " 6 "
- deux " " " 5 "
- deux " " " 4 "
- un " " " 3 "
- deux " " " 2 "
- cinq " " " 1 "

On ne saurait mieux souligner la fréquence des évolutions prolongées d'une seule tenue, retrouvée par de nombreux auteurs, chez les tuberculeux alcooliques.

Dans le lot témoin de malades non éthyliques, au contraire, nous enregistrons une durée moyenne d'évolution d'un an et demi seulement, dont le détail se répartit comme suit :

- Une rechute après Huit ans d'évolution,
- Une rechute après cinq ans d'évolution,
- Deux rechutes après quatre ans,
- Une rechute après trois ans,
- Une tuberculose fibreuse évoluant depuis six ans,
- Quatorze cas sur vingt de ces tuberculoses ne dépassaient pas un an d'ancienneté.

d)- Plus remarquable encore était, compte tenu de cette évolutivité importante et du long délai d'ancienneté, la multiplicité des séjours hospitaliers et sanatoriaux, présentée par ces malades irréguliers dans leur traitement, inconstants dans leur cure de repos et indisciplinés dans la conduite de leurs soins.

C'est ainsi qu'une moyenne de cinq séjours hospitaliers ou sanatoriaux est enregistrée sur l'ensemble de ces 26 sujets. La plupart de ces séjours hospitaliers ou sanatoriaux ainsi renouvelés ont été interrompus du propre gré du patient ou plus souvent encore, le résultat d'exclusions pour mesures disciplinaires.

En voici le détail :

- Chez l'un d'entre eux : 10 séjours hospitaliers.
- Chez un autre : 9 séjours (dont 8 hospitalisé
I sanatorial)
- Chez 4 : 7 séjours.
- Chez 2 : 6 "
- Chez 4 : 5 "
- Chez 3 : 4 "
- Chez 3 : 3 "
- Chez 2 : 2 "
- Chez 5 : 1 "

Ce chiffre global d'hospitalisations, ainsi réitérés, représente une faible proportion (1/4 seulement) de séjours sanatoriaux, contre une majorité (les 3/4) de séjours hospitaliers.

La comparaison avec le lot témoin indique, chez les sujets indemnes d'éthylisme (20), que 14 effectuaient leur premier séjour, 4 d'entre eux leur second séjour, deux seulement leur troisième séjour.

Ceci aussi s'accorde avec les observations de nombreux auteurs sur la discontinuité et l'inefficacité des mesures thérapeutiques vis à vis des tuberculeux éthyliques.

Ceci fait apparaître aussi que l'hospitalisation est un sort beaucoup plus fréquent pour ces malades que la cure sanatoriale; ce qui ne saurait surprendre, tant en raison de leur propre inconstance que de la discipline plus stricte qui règle l'admission et le maintien dans ces derniers établissements.

CONCLUSIONS A CETTE ENQUETE.

Il nous semble d'abord que chez tous les malades étudiés, l'alcoolisme à préexisté et souvent de très longue date, à l'éclosion de la tuberculose, imposant à celle-ci ses modalités d'activité et d'étendue. Il ne nous est pas apparu comme la conséquence de la maladie pulmonaire, ainsi que certains avaient pu naguère le suggérer, mais bien comme un facteur étiologique de celle-ci. L'étude des dossiers nous en a convaincus. Une confrontation très significative de nos chiffres avec la statistique effectuée en milieu ouvrier non tuberculisé, indique bien la constance de cet index d'alcoolisation d'environ 70 % dans une tranche sociale s'identifiant sensiblement à l'élément de recrutement de notre service.

Insistons encore pour noter que l'alcoolisation de notre effectif d'hommes tuberculeux pulmonaires atteindrait un chiffre voisin de la totalité, si des exclusions nombreuses et les départs spontanés fréquents ne venaient équilibrer un apport régulier. La régularité de ce renouvellement, inexistante en milieu de travail, laisse apparaître malgré des index voisins un alcoolisme beaucoup plus répandu chez les tuberculeux.

Un fait semble significatif malgré le caractère restreint et très limité de cette perspective réduite à un "instantané". En dépit d'une durée très prolongée de la maladie (moyenne d'ancienneté de 6 ans et demi chez les éthyliques contre un an et demi chez les autres), une proportion de 80 % des malades demeure encore franchement évolutive, et ceci après un nombre de séjours exprimant le caractère décevant de toute entreprise thérapeutique sur un tel terrain.

Une très forte proportion de formes demeurant considérablement étendue et la présence très fréquente d'une insuffisance respiratoire, aideront à comprendre la rareté du recours chirurgical. La résistance déjà acquise aux antibiotiques majeurs créera par surcroît des conditions de pronostic défavorables.

Que faire pour ces sujets ?

Le remède convenable semble échapper aux conditions actuelles de la phtisiologie hospitalière, car il nécessiterait :

-d'une part, l'existence d'un service social spécialisé suffisamment développé, totalement inexistante à ce jour dans un établissement de ce genre, par exemple, il n'existe qu'une assistante sociale pour un effectif de 1.500 lits, dont 200 destinés à des tuberculeux pulmonaires.

-d'autre part, la possibilité d'imposer par un personnel spécialisé à ces sujets rebelles et invalides une cure de repos et une organisation des loisirs irréaliables sans un régime d'exception et sans un sevrage, qui, de l'aveu de nombreux médecins hospitaliers, demeure impossible à obtenir à ce jour.

La nécessité d'une ségrégation apparaît ainsi, requise aussi par la nécessité de soustraire leurs compagnons de cure aux excès et aux manifestations tapageuses de ces malencontreux buveurs, rendus de la sorte dangereux pour eux-mêmes et indésirables pour leur entourage.

D'où la suggestion déjà maintes fois émise de créer des services d'hospitalisation pour tuberculeux alcooliques sous régime spécial.

Dépassé déjà par la nécessité de tâches sociales qui lui échappent, le phtisiologue hospitalier l'est encore par des exigances psychiatriques hors de sa compétence.

Au seul prix d'un service social spécialisé et de moyens de traitement neuropsychiques, la désintoxication pourrait être raisonnablement envisagée, sous conditions, bien entendu d'être prolongée par une psychothérapie d'entretien, dépassant les possibilités hospitalières, mais relevant d'un véritable service de "post-cure".

N'y a-t-il pas là justification à insérer des mesures antialcooliques dans le cadre de la lutte anti-tuberculeuse et à adopter quelques suggestions pour aménager des services hospitaliers, à se jour totalement désarmés ?

Le vœu émis par la Société Française de Tuberculose dans sa séance du 11 Octobre 1958 sur l'"urgence d'une politique de lutte anti-alcoolique chez les tuberculeux pulmonaires" répond à cette préoccupation.

o

o

o

- CONCLUSIONS -

Le présent travail apporte :

- une brève évocation historique sur l'incidence aggravante de l'alcoolisme sur la tuberculose.
- un aperçu sur la position actuelle du problème.
- la contribution d'une statistique personnelle visant à analyser l'allure de la tuberculose pulmonaire chez les sujets les plus profondément intoxiqués.

Selon la perspective ouverte par cette courte statistique portant à la façon d'un "instantané" sur les 70 hommes tuberculeux pulmonaires présents le 15 Septembre 1959 dans un service hospitalier de pneumo-phtisiologie :

- un médecin phtisiologue hospitalier, dans un service d'hommes, donne aujourd'hui les deux tiers de son activité à des éthyliques.
- la plupart de ceux-ci, les plus imprégnés sont âgés d'environ 55 ans, mariés, employés à quasi totalité à de gros travaux.
- ils ont une ancienneté moyenne dans la tuberculose de six ans et demi et ont accompli, déjà environ cinq séjours hospitaliers ou sanatoriaux, interrompus de leur propre gré ou par mesure disciplinaire.
- les évolutions d'une seule tenue sont la règle chez ces malades, rencontrés beaucoup plus souvent en milieu hospitalier (3/4 des séjours) qu'en milieu sanatorial (1/4 des séjours).
- en dépit de ce passé, ils sont encore dans la proportion de 80 % bacillaires et dans celle de 60 % porteurs de lésions bilatérales excavées.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie
de PARIS :

Jean SARRAILH.

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de PARIS :

Léon BINET

Vu : Le Président de la Presse :

Etienne BERNARD.

- BIBLIOGRAPHIE -

- I) AMPHOUX.
"Morbidity and mortality by alcoholism in a hospital service of the Parisian region"
Thèse Paris 1956.
- 2) E. ARNOULD.
"Evolution inverse en France des Mortalités de l'alcoolisme et de la tuberculose de 1946 à 1950"
La Presse Médicale - 20 Mars 1954.
- 3) E. ARNOULD.
"Mortalités de la tuberculose respiratoire et de la cirrhose du foie en France de 1946 à 1950"
La presse Médicale - 22 Décembre 1951.
- 4) E. ARNOULD et M. MOINE.
"Différences d'évolution des mortalités par tuberculose et par cirrhose du foie".
La presse Médicale - 20 Juin 1951.
- 5) H. BCUR.
"La tuberculose pulmonaire et l'alcoolisme".
Le Concours Médical - 24.1.53, N°4-75 année
pp. 297-298.
- 6) P. BOURGEOIS.
"Tuberculose pulmonaire et pleurale".
Flammarion 1954.
- 7) G. BROUET, J. MARCHE et Collaborateurs.
"La tuberculose des gastrectomisés et des ulcéreux".
Paris Médical - 3.2.1951 - 41 n°5 pp. 64.71.
- 8) CAVALLIE.
"Problème posé au médecin du travail des travaux publics par l'éthylisme chronique".
Société de Médecine du travail de la région
Toulousaine - Réunion du 25.6.1955.
- 9) COURMONT.
"Alcoolisme et tuberculose, rapport au deuxième congrès international contre l'alcoolisme".
Lyon 1908.
- 10) G. DELEAU.
"Contribution à l'étude de l'alcoolisme et la lutte anti-alcoolique en France".
Rapport au Conseil Economique 1955.
- II) Mme J. DELORME.
"Le problème de l'alcoolisme et de la tuberculose depuis les antibiotiques".
Thèse de Bordeaux, 1953.
- 12) H. DUPONT.
"L'alcoolisme facteur d'indiscipline obstacle au traitement de la tuberculose".
Thèse Paris 1952
Résumé des études antialcooliques p. 21 - 24
Oct-Déc. 1952.

- I3) J. HUGUET.
"La tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés."
Thèse Marseille 1947.
- I4) Sully LEDERMANN.
"La mortalité imputable à l'excès d'alcool".
Rapport au 24^e Congrès International contre
l'alcoolisme. 8-15. Septembre 1952.
- I5) Sully LEDERMANN.
"L'alcoolisation excessive et la mortalité des Français".
Le Concours médical 18.4.53 - n°16 - 75^e Année.
Le Concours médical 25.4.53 - n°17 - 75^e Année.
Le Concours médical 2.5.53 - n°18 - 75^e Année.
Le Concours médical 9.5.53 - n°19 - 75^e Année.
- I6) Sully LEDERMANN.
"Tuberculose et alcoolisation excessive".
Acta phthisiologica n°20 - 4^e Année. Octobre 1955.
- I7) LUMIERE.
"Alcoolisme et tuberculose "Les enseignements d'une
statistique". Bulletin médical d'Hauteville -Juillet 1929
- I8) Mme MALLEGUE.
"Alcoolisme et tuberculose".
Gazette médicale de Nantes - Juin 1939 p. 287.
- I9) R. MIGNOT, H. MOLLARD et M. DUPEI.
"Prophylaxie de la tuberculose".
Encyclopédie médico-chirurgicale. Poumons -6.039 C.
- 20) J. NAPPEE, R. TESSIER et Mme J. DELORME.
"Alcoolisme et tuberculose".
Revue de l'alcoolisme. T. 3 - n°4. Oct. Déc. 1953
pp. 86 - 90.
et n° 5. Janv. Mars. 1954
pp. 103 - 113
- 21) J. OLMER.
"La tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés".
Arch. Maladies appareil digestif - Sept. Oct. 1950
39 - n°9 - 10 pp.986 - 987.
- 22) J. OLMER et R. HUGUET.
"La tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés".
Presse médicale - 13 déc. 1947 n° 72 p. 384.
- 23) PERRIN et GRENUD VILLE.
"Le problème de l'alcoolisme".
Arnette Editeur - Paris 1941.
- 24) PERRIN et SICARD de PLAUZOLLES.
"De l'Interdépendance des grands fléaux sociaux".
La Prophylaxie vénérienne : n° 10-Oct. 1946.
- 25) PERRIN.
"L'alcoolisme".
Expansion scientifique Française. 1950.

- 26) J. PITON et J. MIGNARDOT.
"Alcoolisme et tuberculose en milieu phthisiologique".
Revue d'Hygiène et de Médecine sociale -Juin 1957- 5 n°4
- 27) E. RIST.
"La tuberculose".
A. Colin Editeur.
- 28) ROCH.
"L'alcoolisme et son rôle en pathologie interne".
Benno Schwabe et Cie -Bâle-1940.
- 29) G.ROCHER.
"Un problème d'hygiène social non résolu : les sorties irrégulières de sanatorium".
Revue d'hygiène et de médecine sociale. Tome 4.
Avril-Mai 1956. n°3 pp. 241 à 251.
- 30) A. ROUSSEAU.
"Alcoolisme et dispensaire antituberculeux".
Gazette médicale de Nantes. Juin 1939 p. 292.
- 31) P. VERAN et Mme LUCAS.
"L'alcoolisme facteur d'échec dans le traitement correct de la tuberculose pulmonaire".
Presse médicale. 65° Année. n°50-22 Juin 1957 pp.II59-II61
Bulletin de l'Académie Nationale de médecine,
Extrait des n° 13 et 14-1957.
- 32) P. VERAN, Mme LUCAS et NOIGNETEAU.
"L'avenir de 100 tuberculeux cavitaires déclarés guéris par l'antibiothérapie exclusive et prolongée".
Société Française de la tuberculose-10 nov. 1956.
S.M.H.P. 33. 1926-1957.
Revue de la tuberculose Janv.Fév. 1957-2I n°1.2.
pp. 39-49.
- 33) P. VERAN.
"Alcoolisme et tuberculose".
Conférence donnée le 17 Nov. 1958 dans la chaire de clinique de pneumophthisiologie de la Faculté de Médecine de Paris - Ouest Médical 12° Année. n° 18
25 Sept. 1959. pp. 559-566.
- 34) P. VERAN.
" Sur l'urgence d'une politique de lutte antialcoolique chez les tuberculeux pulmonaires".
Société Française de la tuberculose. Séance du 11.10.58.
- 35) R. VOISIN, M. WARNERY et C. CORRIOL.
"L'alcoolisation facteur de tuberculose chez les personnes âgées".
Société de pneumo-phthisiologie du Sud-est.
Séance du 30 Sept. 1957.
- 36) R. VOISIN, M. WARNERY et C. CORRIOL.
"Alcoolisme et tuberculose. Contribution à l'étude de leurs relations examinées à l'échelon sanatorial".
La Revue de l'alcoolisme -12° Année- n°9
Janv. Mars 1958.

- 37) R. VOISIN, M. WARNERY et C. CORRIOL.
"Morbidité tuberculeuse et alcoolisme. Conséquences
sociales".
Société Française de la tuberculose.
Séance du 14 Juin 1958. pp. 544-549.
- 38) P. ZIVY.
"Tuberculose des alcooliques et alcoolisme des
tuberculeux".
Acta Phthisiologica - 4^e Année. n° 20- Oct. 1955.
-

